Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Bern
(Prof. Dr. M. Müller)

Häufigkeit, jahreszeitliche Periodizität und Altersaufbau der Anstaltsaufnahmen an depressiven Erkrankungen in der Schweiz von 1937—1952

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der Universität Bern

vorgelegt von

Alfred Stucki

von Bern und Blumenstein (Kt. Bern)

BASEL (Schweiz) S. KARGER NEW YORK

Von der Medizinischen Fakultät
auf Antrag des Herrn Prof. Dr. M. Müller
zum Druck als Dissertation genehmigt.

Bern, den 17. Dezember 1955

Der Dekan der Medizinischen Fakultät:
Prof. Dr. W. Wilbrandt

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Erschienen in «Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie»
Vol. 131, No. 5/6, 1956

Stucki, A.: Mschr. Psychiat. Neurol. *131*, 337–367, 1956

Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Bern
(Prof. Dr. M. Müller)

Häufigkeit, jahreszeitliche Periodizität und Altersaufbau der Anstaltsaufnahmen an depressiven Erkrankungen in der Schweiz von 1937—1952

Von ALFRED STUCKI

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 337
Methodik 341
1. Häufigkeit der depressiven Erkrankungen 1937–1952 343
Anstaltsaufnahmen aller Krankheiten 344
Anstaltsaufnahmen aller Depressionsformen 346
Anstaltsaufnahmen an endogenen Depressionen 348
Anstaltsaufnahmen an reaktiven Depressionen 349
Vergleich der Häufigkeit depressiver Erkrankungen bei beiden Geschlechtern 351
Altersdepressionen 352
2. Jahreszeitliche Periodizität der depressiven Erkrankungen 352
Häufigkeit und jahreszeitliche Periodizität der Selbstmorde 355
3. Altersaufbau bei den endogenen und reaktiven Depressionen 355
Diskussion der Ergebnisse 358
Zusammenfassung 366
Literatur 367

Einleitung

Im Jahre 1952 hat *Dubs* den Einfluß des zweiten Weltkrieges auf die seelischen Erkrankungen in der Schweiz untersucht. Mehr noch als in einer ähnlichen Arbeit von *Svendsen* über die Morbidität in Dänemark mußte bei seinen Ergebnissen die Tatsache auffallen, daß die Häufigkeit der depressiven Erkrankungen besonders gegen das Kriegsende sehr stark anstieg.

Wie *Dubs* erwähnt, ist das Problem der Beeinflussung der Morbidität an seelischen Erkrankungen in Kriegszeiten nach beiden Weltkriegen eingehend beschrieben worden. Dabei wurde mehrheitlich festgestellt, daß wohl die Anstaltsaufnahmen an psychogenen Reaktionen, Neurosen und Psychopathien in Kriegsjahren eine oft beträchtliche Steigerung erfahren, daß aber die endogenen Psychosen, sowohl die Schizophrenien als auch das manisch-depressive Kranksein nicht merklich beeinflußt werden (*Bonhoeffer*, *Janz*, *Kehrer*, *Kluth*, *Lange*, *Lindberg*, *Mayer-Groß*, *Skliar* u. a.). Immerhin gibt es Ausnahmen: *Hudovernig* fand an dem relativ kleinen Material einer Budapester Klinik von 1910 bis 1924 eine Zunahme der manisch-depressiven Psychosen von über 100%; *Ødegard* wies nach, daß in Norwegen die Erstaufnahmen an «Schizophrenien und reaktiven Psychosen» in den Jahren 1940 bis 1945 um maximal 15% zurückgegangen sind, und *Svendsens* Untersuchungen zeigen, daß in Dänemark von 1939 bis 1949 eine ähnliche Tendenz für die Schizophrenien besteht, wofür er allerdings teilweise diagnostische Unklarheiten verantwortlich macht; obschon *Svendsen* es nicht besonders hervorhebt, zeigen seine Zahlen ferner, daß gegen 1945 bedeutend mehr manisch-depressive Fälle zur Aufnahme gelangten als früher.

Ødegard, der im Gegensatz zu *Svendsen* Erst- und Wiederaufnahmen getrennt untersuchte, konnte ferner zeigen, daß die Erstaufnahmen an allen Krankheitsformen während des Krieges eine Verminderung erfahren, die Erstaufnahmen an manisch-depressiven Erkrankungen dagegen im gesamten etwas ansteigen, wobei dieser Anstieg auf eine beträchtliche Aufnahmevermehrung beim weiblichen Geschlecht zurückzuführen ist. Die Wiederaufnahmen allein zeigen sowohl bei den gesamten Erkrankungen wie beim manisch-depressiven Irresein eine stetige Zunahme von 1936 bis 1950, und auch die Erst- und Wiederaufnahmen zusammen weisen im großen und ganzen eindeutig diese Tendenz auf. *Svendsen* untersuchte die Erst- und Wiederaufnahmen zusammen; seine Kurven zeigen sowohl bei den Aufnahmen aller psychischen Erkrankungen wie auch speziell der Depressionen in den ersten Kriegsjahren einen deutlichen Abfall; gegen Ende des Krieges steigen die Kurven stark an und halten sich dann von 1946 bis 1948 einigermaßen auf der gleichen Höhe.

Bei allen diesen Publikationen handelt es sich meistens um eine Bevölkerung, die den Krieg oder Besetzung durch eine fremde

Macht am eigenen Leibe erfahren hat. In den Untersuchungen von *Dubs* wie auch in der vorliegenden Arbeit sind die Verhältnisse insofern anders, als die Schweiz vom Kriege verschont geblieben ist und, abgesehen von einigen Luftangriffen, dessen Schrecken nur aus Beschreibungen kennt. Dagegen bestand auch bei uns eine nicht unwesentliche Notsituation in bezug auf Lebensmittel und Rohstoffe, wodurch sich mancher in seinen bisherigen Lebensgewohnheiten umstellen mußte, viele Geschäftszweige Not litten, ja manche Existenz zugrunde ging. Außerdem war auch in der Schweiz ein großer Teil vor allem der männlichen Bevölkerung für lange Zeit im Militärdienst, was für viele eine starke moralische und wirtschaftliche Belastung darstellte. Ferner waren die Frauen einer vermehrten Beanspruchung ausgesetzt, indem sie häufig für ihre Männer einspringen mußten, oft Geschäfte zu leiten und gleichzeitig die Familie zu betreuen hatten.

Die beiden Weltkriege sind einander in ihrer Wirkung auf die menschliche Psyche nicht unbedingt gleichzusetzen. Verschiedentlich wurde festgehalten (*Schmidt* u. a.), wie sehr Reaktionen auf psychische Belastung im Kriegsgeschehen ihre Gestalt gewandelt haben. Während unter den Kriegsneurotikern von 1914 die Zitterer und Schüttler dominierten, zeigten die neurotischen Erkrankungen der Soldaten des zweiten Weltkrieges vor allem ein hypochondrisches und organneurotisches Gepräge; dies wohl hauptsächlich deshalb, weil die Hintergründe der demonstrativen Schüttelkrankheit unterdessen breitesten Kreisen bekannt geworden waren und diese Ausdrucksform einer Neurose deshalb verfänglich wurde.

In Anlehnung an die von *Dubs* gefundene auffällige Vermehrung der zur Hospitalisation gelangten depressiven Erkrankungen während des letzten Krieges haben wir uns die Aufgabe gestellt, an Hand eines größeren Materials diese Resultate zu überprüfen und die Untersuchungen zu erweitern. In seiner Arbeit hat *Dubs* einzig die endogenen Depressionen in größeren Zahlen erfaßt und nur am kleinen Material der drei kantonal-bernischen Anstalten eine zwischen endogenen und reaktiven Fällen differenzierte Statistik zusammengestellt. Bindende Schlüsse können der Kleinheit der Zahlen wegen gerade aus diesen Untersuchungen nicht gezogen werden, doch gab uns die immerhin auffallende Steigerung der Aufnahmezahlen sowohl endogener wie reaktiver Depressionen den Anlaß, speziell die Frage der Zunahme aller depressiven Krankheitsformen genauer zu untersuchen.

Die Schwierigkeiten und Fehlerquellen einer solchen Statistik sind sehr groß. Um statistisch gesicherte Differenzen der Aufnahmezahlen zwischen den einzelnen Jahren zu erhalten ist es sicher wünschenswert, eine möglichst große Anzahl Fälle zu erfassen. Wie aber *Soetbeer* richtig ausführt, ist eine Statistik in einem gewissen Sinne um so wertloser, je mehr psychiatrische Anstalten aus verschiedenen Landesteilen ihre Aufnahmezahlen liefern. Der mangelnden Homogenität wegen dürfen die Werte nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden; «Schwellenfaktoren» (*Svendsen*), die den Eintritt in eine Heil- und Pflegeanstalt erleichtern oder erschweren, und die von einer Gegend zur andern verschieden sind (wirtschaftliche Lage der betroffenen Familien, Fürsorgewesen, Versicherungen, Vorurteil gegen psychiatrische Anstalten usw.) haben einen sehr großen Einfluß auf die Aufnahmestatistik. Zum Teil wohl aus diesem Grunde benutzten viele Autoren für ihre Arbeiten nur das Material einer einzigen Klinik, wobei sie stärkere Schwankungen und größere statistische Ungenauigkeit in Kauf nehmen mußten. Vielleicht ist dies mit ein Grund, weshalb die Resultate dieser Arbeiten ziemlich divergieren, haben doch z.B. *von Baeyer* und *Soetbeer* eine beträchtliche Verminderung der Aufnahmezahlen von seelischen Erkrankungen im gesamten festgestellt, während *Pfister* und *Hoeßlin* im Gegensatz dazu einen Zuwachs von Aufnahmen aller Krankheitsformen beschrieben. Eine weitere Schwierigkeit bietet die genaue Erfassung der Diagnosen. Die von *Soetbeer* geübte Kritik des großen, aber inhomogenen Materials trifft ebenso auf die Diagnosestellung zu, wenn für die Statistik mehrere Anstalten herangezogen werden, die nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten diagnostizieren.

Die Verhältnisse in der Schweiz lassen nun freilich die aus der Verwendung eines großen Krankengutes aus verschiedenen Anstalten erwachsenden Fehlerquellen als relativ bescheiden erscheinen. Gerade in der von uns erfaßten Zeitperiode waren die wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen in den verschiedenen schweizerischen Landesteilen recht einheitlich, so daß die «Schwellenfaktoren» sich zum mindesten überall annäherten und für die Häufigkeit der Anstaltseintritte kaum zu großen Unterschieden geführt haben. Dasselbe gilt für die Diagnosestellung. Die schweizerische Psychiatrie ist auch heute noch in dieser Beziehung so entscheidend von der Schule *E. Bleulers* beeinflußt, daß abweichende Diagnosen selten sind. Wichtiger erscheint uns die Frage, woher man

überhaupt die Diagnosen bezieht. Für unsere Arbeit hatten wir die Möglichkeit, sie den Patientenkontrollbüchern der Anstalten zu entnehmen oder aber die einzelnen Krankengeschichten durchzuarbeiten. Die genaue Erfassung der Diagnose wäre ohne Zweifel nur durch Studium der Krankengeschichte möglich; diese Methode erfordert aber viel Zeit und wäre deshalb ganz unmöglich an einer größeren Anzahl Anstalten durchführbar gewesen, so daß die Zahl der erfaßten Fälle nur relativ klein wäre. Aus diesem Grunde haben wir uns zur Verwendung der Patientenkontrollbücher entschlossen, um so mehr, als die darin enthaltenen Diagnosen als recht verläßlich gelten können, da es sich um Austrittsdiagnosen oder bei Entlassung nachträglich revidierte Eintrittsdiagnosen handelt.

Methodik

Wir durchsuchten die Diagnosenbücher von 26 schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten[1] nach depressiven Erkrankungen, die wir nach folgenden Formen getrennt auszogen: Endogene und reaktive Depressionen, Altersdepressionen (d.h. alle klimakterischen, involutiven und arteriosklerotischen Formen), und schließlich Fälle, die nicht näher bezeichnet waren oder sich in keine dieser Kategorien einreihen ließen (wie «Depression», «Depression bei Psychopathie» usw.). In einem zu diesem Zweck vervielfältigten Formular notierten wir uns vorerst von jedem Fall Geschlecht, Diagnose und Jahr der Aufnahme. Dabei zeigte es sich, daß mit unwesentlichem Mehraufwand auch Jahrgang und Vierteljahr des Eintritts des Patienten vermerkt werden konnte.

Leider war dabei eine Unterscheidung zwischen Erst- und Wiederaufnahmen nicht möglich; wir stützen also unsere Untersuchungen auf die gesamten Eintritte an depressiven Erkrankungen, unbeachtet, ob es sich um den ersten oder einen wiederholten Eintritt handelt.

Bei der Trennung in die einzelnen diagnostischen Gruppen, wie wir sie oben angedeutet haben, lassen sich Fehlerquellen selbstverständlich nicht völlig ausschließen. Besonders erscheint die Differen-

[1] Bel-Air Genf, Bellelay, Bellevue Kreuzlingen, Bellevue Landeron, Breitenau Schaffhausen, Burghölzli Zürich, Cery Lausanne, Herisau, Hohenegg Meilen, Kehrsatz, Küsnacht, Marsens, Meiringen, Mettlen Muri bei Bern, Münchenbuchsee, Münsingen, Münsterlingen, Nyon, Oberwil, Prangins, Préfargier, Rosegg Solothurn, St. Urban, Schlößli Oetwil, Sonnhalde Riehen, Waldau Bern.

zierung zwischen endogenen und reaktiven Depressionen schwierig, indem trotz der erwähnten Einheitlichkeit der schweizerischen Diagnostik einzelne Anstalten fast nur endogene Depressionen aufführen, während andere in überwiegender Anzahl reaktive Depressionen diagnostizieren. Wir halten aber dafür, daß bei der Zahl von 26 verschiedenen Anstalten ein gewisser Ausgleich dieses Fehlers zu erwarten ist. Da sich die reaktiven Depressionen aber nicht in allen Anstalten einigermaßen klar herausgreifen ließen, mußten wir uns für die Betrachtung der reaktiven Fälle allein auf 22 Anstalten beschränken. – Die Gruppe «Altersdepressionen» schließlich erwies sich als sehr inhomogen, indem sie wahrscheinlich eine beträchtliche Zahl von endogenen wie auch eventuell reaktiven Depressionen in sich schließt, neben wirklich involutiv bedingten Fällen. Auf die gesonderte Betrachtung dieser Gruppe haben wir deshalb verzichtet. – Gar nicht berücksichtigt haben wir alle schizophrenen Depressionen, weil wir feststellten, daß diese Diagnose allgemein früher viel weniger gestellt wurde als in den letzten Jahren, was kaum dem tatsächlichen Vorkommen dieses Krankheitsbildes entsprechen dürfte.

Durch die Konsultierung der Diagnosebücher glauben wir gegenüber der Arbeit von *Dubs*, der die statistischen Jahrbücher der Schweiz und die Jahresberichte der Anstalten verwendete, eine wesentliche Verbesserung der Genauigkeit erzielt zu haben. Trotz der auch unserer Untersuchung anhaftenden Mängel kann sie doch den Anspruch erheben, zuverlässiger zu sein als alle uns bekannten Arbeiten auf diesem Gebiet; zudem bezieht sie sich auf die große Zahl von 13 617 Aufnahmen depressiver Erkrankungen aus den Jahren 1937 bis 1952. Außer der Arbeit von *Svendsen* konnten wir keine Statistik über dieses Gebiet finden, die mit so großen Zahlen arbeitet.

Zur Sicherstellung unserer Ergebnisse haben wir durch *O. Louis* vom versicherungsmathematischen Seminar der Universität Bern eine statistisch-mathematische Prüfung vornehmen lassen. Wir danken ihm an dieser Stelle bestens für seine mit viel Sorgfalt ausgeführte Arbeit. Das Ausgangsmaterial wurde dabei nach Vorkriegs-, Kriegs- und Nachkriegsjahren in drei Gruppen geteilt. Je zwei Gruppen, die erste und die zweite, sowie die zweite und die dritte wurden in Vierfeldtafeln angeordnet und auf ihre Abhängigkeit geprüft; mit dem χ^2-Test wurde das Resultat bei Sicherheitsschwellen von $1‰$ (und in einem Falle 1%) auf Signifikanz ge-

prüft. Durch die der Untersuchung zugrundegelegten Bevölkerungszahlen wurde der Zunahme der Wohnbevölkerung in den betreffenden Jahren Rechnung getragen.

1. Häufigkeit der depressiven Erkrankungen von 1937 bis 1952

Aus dem statistischen Jahrbuch der Schweiz entnehmen wir, daß die Zahl der *Erst*aufnahmen aller Krankheitsformen in Heil- und Pflegeanstalten in den letzten 25 Jahren fast stetig ansteigt (Abb. 1). Wir erkennen in unserer Kurve einen leichten Anstieg bis zum Jahre 1937, dann eine etwas steilere Zacke 1938, worauf während den ersten Kriegsjahren 1939–1941 wieder ein Abfall eintritt. Von da an steigt die Kurve stark an, um erst nach dem Krieg 1947 flacher zu werden.

Die *Erst*aufnahmen des «manisch-depressiven Kreises» (seit 1929 im statistischen Jahrbuch speziell angeführt) zeigen dagegen erst von 1940 an einen deutlichen Anstieg, von 1947 an aber einen Abfall, bis 1950 annähernd ein Vorkriegswert erreicht ist. Daraufhin erfolgt wieder ein steiler Anstieg gegen 1952 zu. – Berechnen wir das prozentuale Verhältnis der Depressionen zu den gesamten Erstaufnahmen, so finden wir Maxima in den Jahren 1930 und 1944, Minima in den Jahren 1938 und 1950 (s. Kurve); wohl ist ein An-

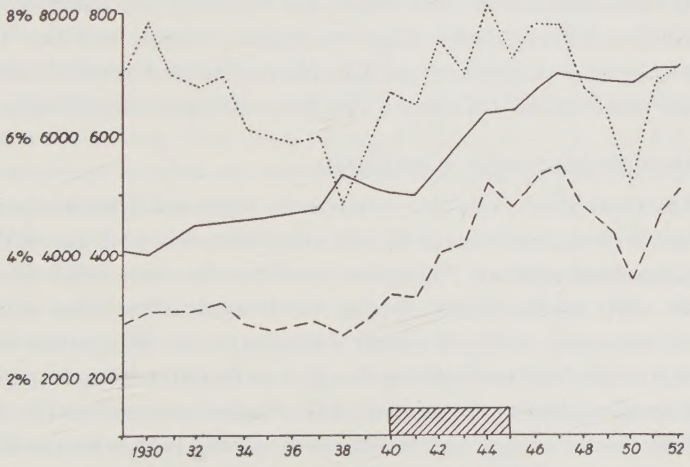

Fig. 1. ——— Erstaufnahmen in Anstalten pro Jahr; – – – – Erstaufnahmen an Depressionen pro Jahr; ..... % Depressionen in den gesamten Erstaufnahmen; ////////// Kriegsjahre.

stieg der Kurve mit Kriegsbeginn vorhanden, doch steigt sie nicht höher als bis zu dem Betrag, von dem aus sie vor dem Krieg gesunken ist.

Vergleichen wir diese Resultate mit denjenigen von *Ødegard*, die sich auf die Erstaufnahmen in Norwegen beziehen, so finden wir eine ziemliche Übereinstimmung hinsichtlich der prozentualen Verhältnisse, wenn auch die Prozentzahlen für manisch-depressive Erkrankungen (aus uns unbekannten Gründen) fast doppelt so hoch sind wie in der Schweiz. Die Prozentzahlen der Depressionen bezogen auf die Anstaltsaufnahmen aller Krankheitsformen betragen in Norwegen:

Tabelle 1

In den Jahren 1931–1935	13,5 %
In den Jahren 1936–1940	9,8 %
In den Jahren 1941–1945	11,9 %
In den Jahren 1946–1950	8,7 %

Maxima und Minima fallen also ungefähr in die gleiche Zeitepoche wie bei unseren Zahlen.

Dagegen steigen in Norwegen die Erstaufnahmen aller Krankheitsformen nur wenig an, und die der manisch-depressiven Erkrankungen zeigen in ihrer Häufigkeit eine eher rückläufige Tendenz.

Da das statistische Jahrbuch der Schweiz nur über die Erstaufnahmen differenzierte Angaben liefert, waren wir für Untersuchungen über die gesamten, d.h. über erste und wiederholte Aufnahmen zusammen auf eigene Nachforschungen angewiesen.

Anstaltsaufnahmen aller Krankheiten

Als Grundlage, mit der wir unsere späteren Erhebungen vergleichen wollen, untersuchten wir zunächst, wie sich die Zahl der Anstaltsaufnahmen an Männern und Frauen von 1937 bis 1952 verhält. Wir finden (Abb. 2) für die Gesamtaufnahmen eine Zunahme von mehr als $^1/_3$ in dieser Zeitspanne. In den ersten Kriegsjahren ist eine leichte Senkung der Kurve festzustellen, von 1943 an steigt sie aber stärker an, um erst 1947 flacher zu werden. Die Kurve für Männer allein zeigt eine deutliche Senkung in den ersten Kriegsjahren 1940 bis 1942, bei den Frauen ist diese Senkung nur andeutungsweise vorhanden. Die Kurve der weiblichen Anstaltsaufnahmen zeigt einen ziemlich flachen Verlauf ab 1947; in der Nach-

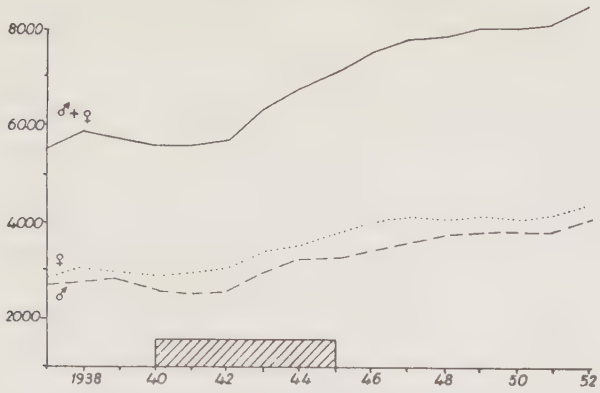

Fig. 2. ——— Gesamtaufnahmen beider Geschlechter zusammen; – – – – Gesamtaufnahmen Männer; ..... Gesamtaufnahmen Frauen; ▨ Kriegsjahre.

kriegszeit scheint hier eine geringere Zunahme der Anstaltseintritte vorhanden zu sein als bei den Männern.

Die mathematische Prüfung dieser Resultate auf Signifikanz mußte vor allem auch der in der berücksichtigten Zeit stattgefundenen Zunahme der Wohnbevölkerung Rechnung tragen. Sie ergab dann, daß die Zunahme der männlichen Anstaltsaufnahmen von den Vorkriegs- zu den Kriegsjahren, wie auch von den Kriegs- zu den Nachkriegsjahren mit 1‰ Sicherheitsschwelle als gesichert gelten kann. Bei den weiblichen ist ebenfalls eine gesicherte Zunahme von den Vorkriegs- zu den Kriegsjahren vorhanden, beim Verhältnis zwischen Kriegs- und Nachkriegsjahren kehrt sich aber der Abhängigkeitskoeffizient um; d.h. man findet, daß im Verhältnis zur Wohnbevölkerung nach dem Krieg *weniger* Frauen in Anstalten aufgenommen wurden als während des Krieges. Diese Verminderung der Aufnahmezahl ist jedoch nicht mathematisch sichergestellt.

Ødegard weist ebenfalls, besonders in den Jahren 1946 bis 1950 eine Zunahme der Anstaltseinweisungen nach, doch ist dieses Resultat nicht unbedingt mit dem unsrigen zu vergleichen, weil die Untersuchung die Bewegung der Wohnbevölkerung nicht berücksichtigt. *Svendsens* Kurven zeigen nach einem Abfall der Einlieferungen in den ersten Jahren des Krieges einen Anstieg in den Jahren 1945 und 1946, worauf die erreichte Höhe über 1946 bis 1948 beibehalten wird. Bei den Männern ist die Senkung in den ersten Kriegsjahren viel ausgeprägter. Im ganzen besteht also weitgehende Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen.

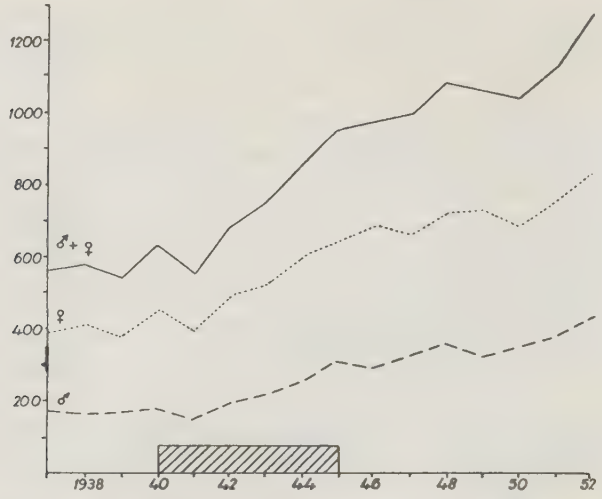

Fig. 3. Häufigkeit aller Depressionsformen. ——— Männer und Frauen zusammen; – – – – Männer allein; ..... Frauen allein; ////////// Kriegsjahre.

Anstaltsaufnahmen aller Depressionsformen

Abb. 3 stellt die jährliche Häufigkeit der Aufnahmen an depressiven Erkrankungen dar. Wir sehen, daß, abgesehen von kleinen Senkungen in den Jahren 1941 und 1949/50 die Kurve von den Kriegsjahren an stark ansteigt. Sie nimmt von 1945 an einen etwas flacheren Verlauf; gegen 1952 zu scheint sie wieder steiler werden zu wollen. Der Verlauf ist bei Männern und Frauen praktisch der gleiche.

Die mathematische Prüfung zeigte, daß bei den Männern sowohl von den Vorkriegs- zu den Kriegsjahren, wie auch von den Kriegs- zu den Nachkriegsjahren eine mit Sicherheitsschwelle $1^0/_{00}$ signifikante Zunahme der Anstaltsaufnahmen an Depressionen besteht. Für die weiblichen Eintritte steht die Zunahme zwischen Vorkriegs- und Kriegsjahren mit $1^0/_{00}$ fest, dagegen besteht für die Zunahme Krieg-Nachkrieg nur Sicherheit bei einer Schwelle von 1%, was aber als noch genügend bezeichnet werden kann.

Die stetige Zunahme der Anstaltsaufnahmen an Depressionen sagt nun aber noch nicht genügend aus über eine eventuelle besondere Zunahme der depressiven Erkrankungen innerhalb der gesamten psychischen Krankheiten. Die Eintritte in Heil- und Pflegeanstalten sind, wie u.a. *Dubs* gezeigt hat, allgemein häufiger geworden; ob durch eine tatsächlich gesteigerte Morbidität oder durch

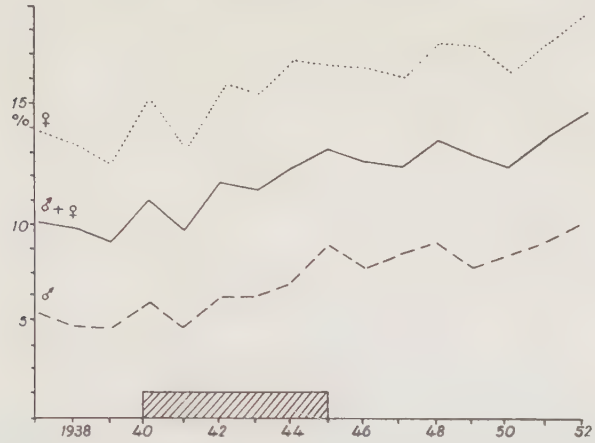

Fig. 4. Prozentualer Anteil der Depressionen an den gesamten Anstaltsaufnahmen. ——— Männer und Frauen zusammen; – – – – Männer allein; ..... Frauen allein; ////////// Kriegsjahre.

Schwellenfaktoren im Sinne *Svendsens* wie z.B. das wahrscheinlich doch langsam schwindende Mißtrauen gegenüber psychiatrischen Anstalten, ist nicht sicher zu entscheiden. Das 1942 eingeführte Eidgenössische Strafgesetz dürfte mit den vermehrten forensischen Begutachtungen auch etwas dazu beigetragen haben. Die Zunahme geht, wie wir oben schon darlegten, über die durch eine Bevölkerungszunahme bedingte hinaus. Würden die Depressionen in gleichem Maße wie die anderen Krankheiten zunehmen, so ließe sich daraus nicht mehr ableiten, als daß sich die Aufnahmepraxis auch bei dieser Krankheitsgruppe geändert hat. Soll eine Vermehrung der depressiven Krankheiten gefunden werden, so müssen wir fordern, daß nicht nur die absolute, sondern auch die relative Zahl der Depressionen, d.h. der prozentuale Anteil an den Gesamtaufnahmen im Steigen begriffen ist. Rechnen wir diesen Anteil für jedes Jahr aus, so erkennen wir auch hier eine in den Kriegsjahren deutlich steigende Kurve (Abb. 4), die in den Nachkriegsjahren das höhere Niveau beibehält. Auch hier sehen wir eine angedeutete Senkung der Kurve im Jahre 1941. Der Verlauf ist wiederum für Männer und Frauen der gleiche. Gegen 1952 zu zeigt sich dieselbe ansteigende Tendenz wie bei Abb. 3. Die übliche mathematische Prüfung auf Abhängigkeit und Signifikanz ergab bei den depressiven Erkrankungen, bezogen auf die gesamten Anstaltsaufnahmen aller Krankheitsgruppen, eine gesicherte Zunahme, und zwar für Männer und

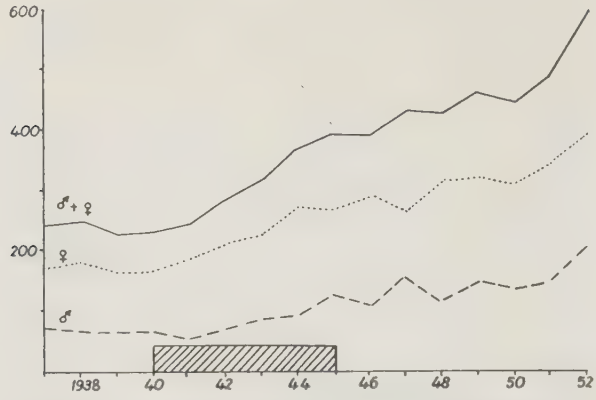

Fig. 5. Häufigkeit der endogenen Depressionen. ——— Männer und Frauen zusammen; – – – – Männer allein; ..... Frauen allein; ////////// Kriegsjahre.

Frauen von Vorkriegs- zu Kriegsjahren, wie von Kriegs- zu Nachkriegsjahren. *Es zeigt sich somit, daß die Aufnahmen an depressiven Erkrankungen im erfaßten Zeitabschnitt stärker zugenommen haben als die der übrigen psychischen Erkrankungen.*

Anstaltsaufnahmen an endogenen Depressionen

Die Häufigkeit von endogenen Depressionen in unserem Material gibt Abb. 5 wieder. Die Anzahl der erfaßten Fälle schwankt zwischen 231 und 590 pro Jahr und beträgt weniger als die Hälfte der gesamten depressiven Krankheitsformen. Die Kurve steigt (bei Männern und Frauen) in der zweiten Hälfte des Krieges deutlich an und beginnt 1945 flacher zu werden. Eine leichte Senkung im Jahre 1941 kann lediglich bei den Männern vermutet werden. Zuletzt steigt die Kurve gegen 1952 steil in die Höhe. – Der prozentuale Anteil der endogenen Depressionen an den gesamten Anstaltsaufnahmen nimmt ebenfalls (Abb. 6) in der zweiten Hälfte des Krieges zu; bei den Frauen ist diese Zunahme ausgeprägter, und im Gegensatz zu den Männerkurven erfolgt bei ihnen keine Senkung im Jahre 1941.

Die mathematische Prüfung mit der beschriebenen Methode zeigte, daß es sich bei der Zunahme des prozentualen Anteils der endogenen Depressionen an allen zur Einweisung gelangenden seelischen Erkrankungen nicht immer um gesicherte Differenzen handelt. Bei beiden Geschlechtern ist die Zunahme zwischen Vorkriegs- und Kriegsjahren zwar nachgewiesen, doch handelt es sich

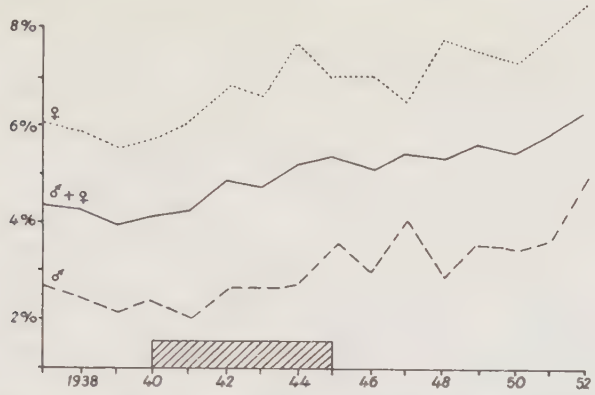

Fig. 6. Prozentualer Anteil der endogenen Depressionen an den gesamten Anstaltsaufnahmen. ——— Männer und Frauen zusammen; – – – – Männer allein; ..... Frauen allein; ▨ Kriegsjahre.

um statistisch nicht signifikante Differenzen. Zwischen Kriegs- und Nachkriegsjahren dagegen besteht für Männer und Frauen eine statistisch gesicherte Zunahme der endogenen Depressionen.

Es mag vielleicht etwas verwundern, daß die Zunahme der gesamten Depressionen von den Vorkriegs- zu den Kriegsjahren statistisch signifikant ist, während sie für die endogenen Depressionen allein, die doch einen entscheidenden Teil aller Depressionen ausmachen, nicht gesichert erscheint. Wir weisen aber nochmals darauf hin, daß die von uns herangezogenen Melancholien weniger als die Hälfte aller erfaßten Depressionen ausmachen. Der Grund dieses sicher falschen Verhältnisses liegt in der diagnostischen Erfassung: Wir haben nur solche Fälle als endogene Depressionen notieren können, die ausdrücklich so vermerkt waren; dabei haben wir uns mehrmals überzeugen können, daß unter Sammeldiagnosen wie «Depression» vielfach echte Melancholien versteckt sind. Die Gruppe der endogenen Depressionen ist deshalb wohl bedeutend kleiner, als es den tatsächlichen Verhältnissen entspricht, so daß zum Teil vermutlich aus diesem Grunde statistisch keine Sicherheit mehr erlangt werden konnte.

Anstaltsaufnahmen an reaktiven Depressionen

In Abb. 7 haben wir die jährlichen Aufnahmezahlen an reaktiven Depressionen dargestellt. Aus methodischen Gründen konnten wir nur 22 Anstalten für diese diagnostische Gruppe verwenden. Es

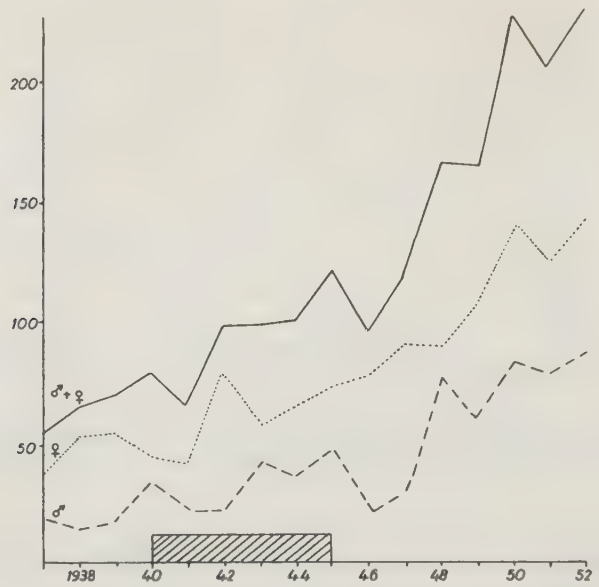

Fig. 7. Häufigkeit der reaktiven Depressionen. ——— Männer und Frauen zusammen; – – – – Männer allein; ..... Frauen allein; ////////// Kriegsjahre.

stehen uns zwischen 55 und 229 Fälle pro Jahr zur Verfügung. Im Laufe des Krieges macht sich bei beiden Geschlechtern ein deutlicher Anstieg der Aufnahmehäufigkeit bemerkbar; des unregelmäßigen Kurvenverlaufs wegen ist es schwierig, eine Differenz zwischen beiden Geschlechtern festzustellen; die beiden Kurven scheinen einigermaßen gleich zu verlaufen. Die Kurve des prozentualen Anteils der reaktiven Depressionen an den gesamten Anstaltsaufnahmen (Abb. 8) zeigt eine in großen Zügen ähnliche Tendenz, doch ist der Anstieg weniger ausgeprägt. In Abb. 7 wie in Abb. 8 bemerken wir einen auffallend steilen Anstieg in den Jahren 1948 bis 1950, daraufhin eher wieder abfallende Tendenz, besonders bei Abb. 8.

Mathematische Prüfung ergibt, daß zwischen beiden Geschlechtern im Kurvenverlauf doch ein gewisser Unterschied besteht. Während für Männer die Zunahme der reaktiven Depressionen innerhalb der gesamten Anstaltsaufnahmen von Vorkriegs- zu Kriegsjahren wie auch von Kriegs- zu Nachkriegsjahren signifikant ist, ist bei den weiblichen Fällen nur die Zunahme von Kriegs- zu Nachkriegsjahren gesichert; von den Vorkriegs- zu den Kriegsjahren besteht eine Zunahme, die aber nicht statistisch signifikant ist.

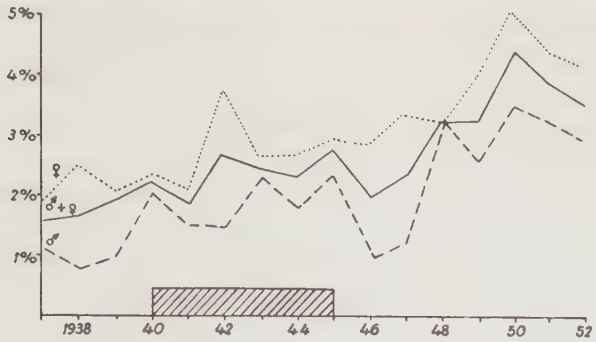

Fig. 8. Prozentualer Anteil der reaktiven Depressionen an den gesamten Anstaltsaufnahmen. —— — Männer und Frauen zusammen; – – – – Männer allein; ..... Frauen allein; ////////// Kriegsjahre.

Der Vergleich der Häufigkeit depressiver Erkrankungen bei beiden Geschlechtern hat schon seit längerer Zeit gezeigt, daß Frauen viel häufiger Depressionen erleiden. Die meisten Autoren geben für das manisch-depressive Kranksein das Verhältnis von etwa doppelt so viel Frauen wie Männern an (*Noyes*, *Rüdin*; *Bleuler*, *Henderson* und *Kraepelin* 70%; *Lundquist* 60%), *Lange* dagegen findet nur 56% Frauen unter den Manisch-Depressiven, und *Kinkelin* sogar nur 50%, glaubt aber, die Zahl sei aus untersuchungstechnischen Gründen für die Frauen zu niedrig ausgefallen. – Werten wir unsere eigenen Zahlen in dieser Hinsicht aus, so können wir uns der Ansicht der Mehrheit anschließen. Die Ergebnisse, nach Vorkriegs-, Kriegs- und Nachkriegsjahren getrennt, sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2

% weibliche Aufnahmen bei	Vor Krieg	Krieg	Nach Krieg
Depressionen total	70	71	68
Endogene Depressionen	72	74	70
Reaktive Depressionen	75	65	83

Wir sehen, daß bei den gesamten wie bei den endogenen Depressionen allein keine nennenswerten Unterschiede in den verschiedenen Zeitabschnitten zu verzeichnen sind, dagegen gehen die Werte bei den reaktiven Depressionen ziemlich auseinander. Wir schreiben dies vorerst einmal der Kleinheit der zur Verfügung stehenden Anzahl Fälle zu, doch ließe sich selbstverständlich auch

ein Einfluß des Krieges in dem Sinne denken, daß die im Militärdienst größeren körperlichen und auch seelischen Belastungen ausgesetzten Männer vermehrt reaktiven Depressionen zum Opfer fielen; dazu würde unsere weiter oben gemachte Feststellung passen, wonach zwischen Vorkriegs- und Kriegsjahren nur bei den männlichen, nicht aber bei den weiblichen Aufnahmen von reaktiven Depressionen gesicherte Zunahme besteht. Bedeutend schwieriger dürfte es sein, für die in den Nachkriegsjahren gefundene Steigerung des prozentualen Anteils der Frauen eine Erklärung zu finden. – Im Mittel sind auch bei den reaktiven Depressionen etwas mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer erkrankt.

Altersdepressionen

Bei den Altersdepressionen wäre der Überalterung der Bevölkerung entsprechend eine Vermehrung der Morbidität zu erwarten. Erstaunlicherweise zeigte diese (allerdings recht unscharf gefaßte) diagnostische Gruppe bei ziemlich schwankendem Verlauf der Kurve keine merkliche Zunahme der Anstaltsaufnahmen in den betrachteten Jahren. Es dürfte dies zum Teil damit zusammenhängen, daß die *reinen* endogenen und reaktiven Depressionen im Alter seltener werden und depressive Zustandsbilder häufig einer anderen Hauptdiagnose, z.B. Gehirnsklerose, präsenile Demenz usw., zugeordnet werden. Gerade in dieser Kategorie von Fällen wird deshalb mit besonders großen diagnostischen Schwierigkeiten zu rechnen sein, so daß es sich empfiehlt, auf eine gesonderte Wiedergabe der Resultate zu verzichten.

2. Jahreszeitliche Periodizität der depressiven Erkrankungen

Daß der Ausbruch psychischer Krankheitsschübe und besonders endogen depressiver Phasen stark jahreszeitlich mitbedingt ist, wurde wiederholt festgestellt (*Kollibay-Uter*, *Leuthold*, *Slater*, *Soetbeer*, *Wilmans* u.a.). Die Resultate der einzelnen Autoren differieren nur wenig und im allgemeinen wird stets ein Gipfel der Häufigkeit depressiver Phasen (und psychischer Erkrankungen allgemein) im Frühsommer und der Tiefpunkt im Spätherbst und Winter gefunden. *Leuthold* bemerkte außerdem häufig ein zweites Maximum von endogenen Depressionen im Oktober. *Soetbeer* glaubt in ländlichen Verhältnissen die beobachtete Zunahme der Anstalts-

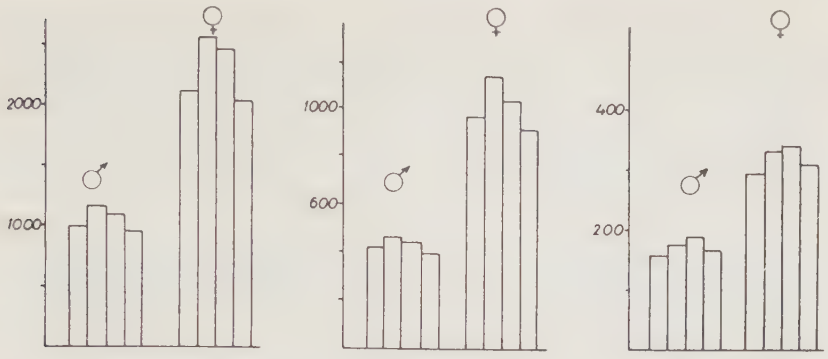

Fig. 9 *Fig. 10* *Fig. 11*

Fig. 9–11. Die vier Säulen einer Gruppe stellen die Häufigkeit der Depressionen in den vier Quartalen dar, von links nach rechts 1., 2., 3., 4. Quartal, getrennt für Männer (♂) und Frauen (♀). *Fig. 9.* Gesamte Depressionen. *Fig. 10.* endogene und *Fig. 11:* reaktive Depressionen.

aufnahmen aller Krankheitsformen im Frühsommer teilweise durch den Umstand erklären zu können, daß psychisch Kranke in der Erntezeit vermehrt zur Last fallen und deshalb eher eingewiesen werden. Diese Hypothese müßte sich auch auf die Depressionen anwenden lassen, sie erklärt aber unseres Erachtens niemals den ausgeprägten Gipfel der Häufigkeit zu Beginn des Sommers.

Wir haben aus unserem gesamten Material alle Fälle von Depressionen nach dem Datum ihrer Einweisung für jedes der 16 Jahre in die vier Quartale des Jahres (Januar-März, April-Juni usw.) aufgeteilt. Die Ergebnisse für die gesamten Depressionen in allen 16 Jahren zusammen sind in Abb. 9 dargestellt. Stets ist die Anzahl der Erkrankungen im zweiten Quartal am größten, im vierten am kleinsten, und zwar sowohl bei Männern wie bei Frauen. An zweiter Stelle steht das dritte, an dritter Stelle das erste Quartal. Betrachten wir die Verhältnisse bei den endogenen Depressionen allein, so erhalten wir dasselbe Resultat (Abb. 10). Wir stehen damit einigermaßen im Einklang mit den in der Literatur bekannten Untersuchungen, die meist für jeden Monat getrennte Zahlen aufführen, dafür aber über eine viel kleinere Anzahl von Fällen verfügen.

Auffällig ist dagegen die Änderung des Bildes bei den reaktiven Depressionen unseres Materials (Abb. 11): Hier liegt sowohl für Männer wie für Frauen das Maximum der Erkrankungen im dritten Quartal, darauf folgt mit geringem Abstand das zweite, dann das vierte und zuletzt das erste Quartal.

Die mathematische Prüfung dieser Resultate auf Signifikanz wurde von *O. Louis* nach einer von *Zwinggi* beschriebenen Methode durchgeführt. Die Berechnung erfolgte mit Sicherheitsschwellen von 2,5%, was als «gesichert», und 5%, was als «möglicherweise gesichert» gelten kann. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenstellen:

Tabelle 3

Unterschied zwischen Quartal	I/II	II/III	III/IV	IV/I
Alle Depressionen				
Total	+ 5%	—	+ 5%	—
Frauen allein	+ 2,5%	—	+ 5%	—
Männer allein	—	—	—	—
Endogene Depressionen				
Total	+ 5%	—	—	—
Frauen allein	+ 5%	—	—	—
Männer allein	—	—	—	—
Reaktive Depressionen	keine gesicherten Differenzen			

\+ bedeutet gesicherte Differenz
— bedeutet nicht gesicherte Differenz

Es sind somit nur wenige Resultate als mathematisch gesichert zu betrachten. Der Grund dazu liegt wohl darin, daß die Periodizität im Laufe der 16 berücksichtigten Jahre nicht für jedes Jahr die gleiche ist, wie aus Untersuchungen hervorgeht, die wir aus Raumgründen hier nicht publizieren. Dies betrifft allerdings weniger die Melancholien, die nur unwesentliche Schwankungen aufweisen, als die reaktiven Depressionen, bei denen die Periodizität nur in wenigen Jahren die gleiche bleibt und sich besonders während den Kriegsjahren stark ändert. Dieser Umstand erklärt, weshalb gerade bei den reaktiven Depressionen kein gesicherter Unterschied zwischen den einzelnen Quartalen gefunden werden konnte, während die Resultate bei den endogenen Depressionen wenigstens teilweise sicherstehen.

Im Gegensatz zu den endogenen Depressionen ist bei den reaktiven eine jahreszeitliche Periodizität somit statistisch nicht gesichert. Dagegen läßt dieses unterschiedliche Verhalten annehmen, daß für die im ersten Teil vorgenommenen Untersuchungen über die Häufigkeit der depressiven Erkrankungen bei den «reaktiven Depressionen» sicher ein deutlich anderes, nicht den Gesetzen der

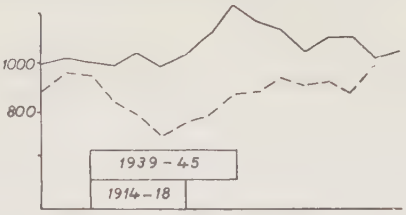

Fig. 12. Häufigkeit der Selbstmorde vor, während und nach den beiden Weltkriegen.
– – – – Krieg 1914–1918;
——— Krieg 1939–1945.
Abszisse: Zeitl.-Ordinate: Anzahl Fälle

endogenen Depressionen gehorchendes Material vorliegt, als bei den «Melancholien».

Häufigkeit und jahreszeitliche Periodizität der Selbstmorde

Es dürfte nach unseren Untersuchungen von Interesse sein, die für die Depressionen gefundenen Resultate mit Häufigkeit und jahreszeitlichem Auftreten der Selbstmorde zu vergleichen. Wir entnehmen das Material dazu der Monographie von *Gruhle* und dem Statistischen Jahrbuch der Schweiz.

Ein Vergleich der jährlichen Häufigkeit der Suicide während beiden Weltkriegen in der Schweiz ergibt einen auffallenden Unterschied zwischen 1914 und 1939: Im ersten Krieg sank die Anzahl der Selbstmorde sofort mit Kriegsbeginn stark ab, stieg von 1917 wieder leicht an und erreichte erst 1926 wieder den Wert von 1914. Ganz anders im letzten Weltkrieg: Ab 1943 ist ein deutlicher Anstieg der Suicidhäufigkeit festzustellen, der Gipfel wird 1945 erreicht, und dann sinkt die Kurve allmählich auf ein gegenüber den Vorkriegsjahren etwas erhöhtes Niveau herab, das ungefähr der inzwischen erfolgten Bevölkerungszunahme entspricht (Abb. 12).

Über die jahreszeitliche Periodizität finden wir in *Gruhles* Arbeit ausführliches Material. Wir können darin klar erkennen, daß die größte Selbstmordhäufigkeit in unseren Gegenden im Juni auftritt, während im Winter die Suicide seltener sind. Rechnen wir die dort gefundenen Resultate auf unsere vier Quartale um, so ergibt sich dasselbe Bild wie bei den endogenen Depressionen und den Depressionen im gesamten: Im vierten Quartal geringste, im zweiten Quartal größte Häufigkeit der Selbstmorde.

3. Altersaufbau bei den endogenen und reaktiven Depressionen

Über die Verteilung der depressiven Krankheitsbilder auf die einzelnen Altersstufen ist im Schrifttum nur wenig zu finden. *Brugger* erhält bei 20 manisch-depressiven Fällen einen Gipfel der

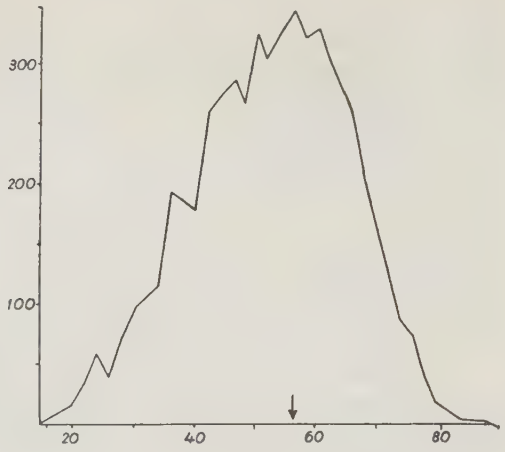

Fig. 13. Altersaufbau bei den endogenen Depressionen. Ordinate: Anzahl Fälle pro Altersstufe. Abszisse: Altersstufen von zwei zu zwei Jahren.

Häufigkeit bei 46–50 Jahren, sowohl für Männer wie für Frauen. Die Kleinheit der Zahl läßt jedoch kaum einen bindenden Schluß zu.

Unsere Zahlen, die fast 300mal größer sind als die von *Brugger* verwendeten, sind viel eher dazu angetan, Genaueres über die Verhältnisse auszusagen. Dabei handelt es sich um Erst- und Wiederaufnahmen zusammen, die bekanntlich in unserem Material nicht getrennt werden konnten. Um eine möglichst regelmäßig verlaufende und doch fein differenzierte Kurve zu erhalten, haben wir Altersgruppen von zwei Jahren gebildet, die Anzahl der Depressionen in jeder Gruppe bestimmt und in einem Koordinatensystem aufgetragen. Wie zu erwarten war, ergibt sich stets annähernd eine Binomialkurve der normalen Verteilung, die aber doch einige Abweichungen aufweist, auf die wir kurz eingehen wollen.

Wie die Abb. 13 und 14 zeigen, verläuft bei den endogenen Depressionen der aufsteigende Schenkel weniger steil als der absteigende, während wir bei den reaktiven Depressionen gerade das Gegenteil feststellen. Für die endogenen Depressionen finden wir ein Maximum der Erkrankungshäufigkeit bei der Altersstufe 55/56, und zwar gleich für Männer wie für Frauen, wie wir aus speziell angefertigten, hier aus Raumgründen aber nicht abgebildeten Kurven ersehen konnten. In allen Kurven der endogenen Depressionen, sowohl für Männer und Frauen einzeln wie auch in Abb. 13 bei beiden Geschlechtern zusammen, erkennen wir im ansteigenden Schenkel auffällige rückläufige Zacken bei den Altersstufen 25/26 und 39/40. Der absteigende Schenkel ist, wie schon erwähnt, steiler

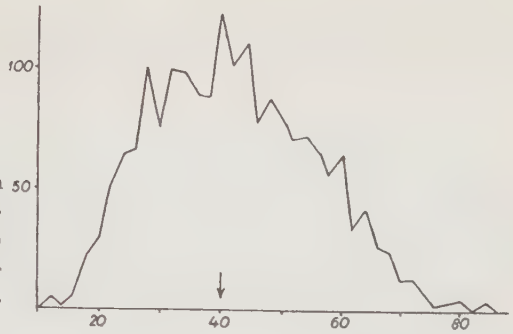

Fig. 14. Altersaufbau bei den reaktiven Depressionen. Ordinate: Anzahl der Fälle pro Altersstufe. Abszisse: Altersstufen von zwei zu zwei Jahren.

und dazu glatter. Für die Steilheit dieses Abschnittes ist wohl die normale Absterbeordnung mitverantwortlich.

Ganz anders verlaufen die Kurven für die reaktiven Depressionen. Vor allem fällt die etwas zerklüftetere Form auf, was mit der geringeren Anzahl von Fällen zusammenhängen könnte. Die maximale Erkrankungshäufigkeit dürfte bei Stufe 39/40 anzusetzen sein (Abb. 14). Hier nicht abgebildete Kurven für Männer und Frauen getrennt ergeben beide dasselbe Resultat, wobei allerdings wegen der verminderten Anzahl Fälle die Kurven viel zerklüfteter und deshalb schlechter beurteilbar sind. Beginn und Ende der Kurven sind gegenüber denjenigen für die endogenen Depressionen je um einige Jahre vorverschoben. Der steilere aufsteigende Schenkel verläuft mehr oder weniger glatt, während der weniger steile absteigende stark aufgesplittert ist.

Eine mathematische Prüfung der Signifikanz unserer Resultate dürfte sich erübrigen, da die Kurve der idealen Glockenkurve weitgehend nahekommt und so schon an sich auf ein statistisch recht gesichertes Ergebnis hinweist.

Schließlich haben wir uns noch die Frage gestellt, ob sich der Altersaufbau im Laufe der untersuchten 16 Jahre verschoben habe. Die dazu hergestellten Kurven haben keinen ganz eindeutigen Verlauf, und wir verzichten deshalb auf die Reproduktion. Es scheint jedoch, daß bei den endogenen Depressionen in den Jahren 1949 bis 1951 eine Verschiebung stattfand, indem das Maximum der Erkrankungen in eine etwa 6–8 Jahre höhere Altersstufe verlegt wird; die Frauen werden davon anscheinend stärker betroffen. Eine ähnliche Tendenz ist bei den reaktiven Depressionen zu finden; sie setzt aber bereits in der zweiten Hälfte des Krieges ein und beträgt etwa 8–10 Jahre. Welches Geschlecht dabei den Ausschlag gibt, kann

nicht mit Sicherheit festgestellt werden, doch scheinen hier die Männer mindestens gleich stark, wenn nicht stärker beteiligt.

Diskussion der Ergebnisse

Wie *Dubs* gezeigt hat und wie sich auch uns für den erweiterten Zeitraum von 16 Jahren (1937 bis 1952) bestätigt hat, nehmen seit den ersten Jahren des letzten Weltkrieges die Krankenaufnahmen in den schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten kontinuierlich zu. Als Hauptergebnis unserer Untersuchungen ist nun festzuhalten, daß die Aufnahmen an depressiven Erkrankungen diese Kurve nicht nur mitmachen, sondern prozentual, bezogen auf die Bevölkerungsvermehrung und die Gesamtzahl der Anstaltseintritte mit Schwankungen stärker angestiegen sind als die übrigen Erkrankungen. Die Vermehrung der allgemeinen Anstaltseintritte ist zur Hauptsache nicht bedingt durch eine größere Zahl aufgenommener Psychosen, sondern vor allem durch den erhöhten Zugang von Psychopathen, Neurotikern, Charakteranomalien, strafrechtlichen Untersuchungsfällen usw. (vgl. *Dubs*). Um so bemerkenswerter ist die nicht nur relative, sondern absolute Zunahme der Hospitalisierungen Depressiver. Sie kann zudem als völlig gesichert betrachtet werden; unsere Untersuchungen stützen sich auf das relativ sehr große Material von 13 617 Fällen aus 26 schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten; zudem haben sich unsere Zahlen auch mathematisch als signifikant erwiesen.

Die von *Dubs* vermutungsweise geäußerte Ansicht, seit dem letzten Krieg sei die Hospitalisierung depressiver Erkrankungen stärker angestiegen als diejenige der übrigen Psychosen, kann somit bestätigt werden. Immerhin ergeben sich aus unserem größeren, einen längeren Zeitraum umfassenden und mathematisch überprüften Material nicht unwesentliche Korrekturen und Ergänzungen. *Dubs* hat die von ihm festgestellte Zunahme zur Hauptsache mit den Kriegsereignissen in Zusammenhang gebracht, insbesondere deshalb, weil nach ihrer Beendigung die Eintrittskurve deutlich zu sinken schien. Es zeigt sich nun aber, daß es sich dabei lediglich um ein Flacherwerden des Kurvenverlaufes handelte, keinesfalls aber etwa um eine Rückkehr auf das Vorkriegsniveau, und daß später, wie namentlich die Jahre 1950–1952 zeigen, ein neuer Anstieg erfolgte.

Es lag nun nahe, anzunehmen, die festgestellte Zunahme der Hospitalisierung depressiver Erkrankungen sei zur Hauptsache

bedingt durch solche reaktiver Natur, teils im Zusammenhang mit dem Kriege, teils im Rahmen der ohnehin vermehrten Aufnahmen von leichteren seelischen Störungen im Laufe des letzten Jahrzehnts. Der Versuch, diesem Problem durch eine Differenzierung der Aufnahmen nach endogenen und reaktiven Depressionen näherzukommen, ließ sich infolge technischer Schwierigkeiten für eine genaue statistische Erfassung der beiden Gruppen nur unvollkommen durchführen. Immerhin konnte doch eine ansehnliche Zahl sicher reaktiver Störungen ausgesondert werden; daß es sich dabei tatsächlich um eine eigene, statistisch verwertbare Gruppe handelt, ergibt sich aus ihrer deutlichen Verschiedenheit von den endogenen Depressionen im Altersaufbau und im jahreszeitlichen Auftreten. Untersucht man die beiden Gruppen gesondert, so zeigt die Kurve bei den endogenen Depressionen einen klaren, einheitlichen Verlauf, während sie bei den reaktiven Depressionen, wohl infolge der kleineren Zahl, größere Schwankungen aufweist. Für die endogenen Depressionen zeigt sich dann für die Vorkriegs-/Kriegsperiode eine deutliche, wenn auch statistisch nicht gesicherte, in der Kriegs-/Nachkriegsperiode aber auch mathematisch signifikante prozentuale Zunahme der Eintritte im Verhältnis zur Bevölkerungsvermehrung und der Zahl der Gesamtanstaltsaufnahmen. Bei den reaktiven Depressionen liegen die Verhältnisse insofern etwas anders, als ihre Kurve (Abb. 7) für die Vorkriegs-/Kriegsperiode einigermaßen parallel zu derjenigen der endogenen Depressionen verläuft, von 1946 bis 1950 aber bedeutend steiler ansteigt, und daß die Prozentkurve (Abb. 8) von 1950 bis 1952 wieder abfällt, so daß hier die beiden Kurven sich überschneiden. Dabei ist die prozentuale Zunahme der reaktiven Depressionen für die Männer für beide Zeitabschnitte statistisch gesichert, für die Frauen nur für die Nachkriegsperiode.

Es ist somit festzuhalten, daß die Zunahme von Anstaltsaufnahmen in der Kriegsperiode keineswegs vorwiegend durch reaktive Depressionen bedingt sein kann, indem die endogenen Erkrankungen in gleicher Weise ansteigen; in der Nachkriegszeit bis 1950 überwiegen dagegen die reaktiven Depressionen, von 1950 bis 1952 die endogenen. Vergleicht man mit diesen Ergebnissen die Kurve der Selbstmordhäufigkeit, so ergibt sich für die Kriegszeit eine Übereinstimmung, indem die Zahl der Suicide nach Kriegsbeginn bis zum Jahre 1945 kontinuierlich ansteigt. Nachher schlagen die beiden Kurven jedoch eine gegenläufige Bewegung ein, indem die Kurve

der Selbstmorde wieder annähernd auf den Ausgangswert sinkt, während die Anstaltsaufnahmen von depressiven Erkrankungen zunächst auf gleicher Höhe stehen bleiben, um dann neuerdings anzusteigen. Es kann ein Zusammenhang dieser Erscheinung mit dem relativ größeren Anteil der reaktiven Erkrankungen in der Nachkriegszeit vermutet werden. Bemerkenswert ist für die Kriegszeit zudem das gegensätzliche Verhalten der Selbstmordkurve im ersten Weltkrieg: Damals sank die Selbstmordhäufigkeit, um erst wenige Jahre nach Kriegsschluß auf den Ausgangswert zurückzukehren.

Ein Vergleich unserer Erhebungen mit den annähernd die gleiche Zeitperiode umfassenden Untersuchungen von *Ødegard* und *Svendsen* ist nur bedingt durchführbar: *Ødegard* stützt sich auf ein sehr viel kleineres Material; beide Autoren haben ihre Zahlen statistisch nicht gesichert und unternehmen auch keinen Versuch, endogene und reaktive Formen zu trennen. Trotzdem ist die Übereinstimmung in den wesentlichen Punkten nicht zu verkennen: In Dänemark wie in Norwegen nehmen die Hospitalisierungen depressiver Erkrankungen nach einem vorübergehenden Absinken im ersten Kriegsjahr nicht nur parallel zu den allgemein vermehrten Anstaltseintritten zu, sondern sie gehen wie bei uns darüber hinaus, um sich in der Nachkriegsperiode auf dem erreichten Niveau einigermaßen zu stabilisieren.

Als Hauptproblem stellt sich für die Diskussion nun die Frage, ob dem nachgewiesenen Anstieg der Aufnahmeziffern für depressive Erkrankungen eine echte Morbiditätszunahme zugrunde liegt, oder ob andere Faktoren dafür verantwortlich zu machen sind. Es betrifft diese Frage speziell auch die endogenen Depressionen. Man wird zunächst geneigt sein, die zweite Annahme als die wahrscheinlichere zu betrachten; eine spontane oder durch Umweltsfaktoren bedingte Zunahme endogener Depressionen war bisher nicht bekannt, und ihr Vorkommen wird von den meisten Autoren (*Bonhoeffer*, *Kehrer*, *Lange*, *Skliar* u. a.) abgelehnt. Es kann auch nicht bezweifelt werden, daß für Schwankungen der Aufnahmekurven für psychische Erkrankungen und insbesondere auch für die allgemein ansteigende Tendenz der Anstaltsaufnahmen seit dem Krieg in erster Linie Umweltsfaktoren, wie die wirtschaftliche Situation des Landes, die damit in Zusammenhang stehende größere oder geringere Toleranz der Bevölkerung psychisch Erkrankten gegenüber, die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes, die größeren oder

geringeren Vorurteile, die mit psychiatrischen Institutionen verbunden werden, usw. («Schwellenfaktoren» im Sinne *Svendsens*) maßgebend sind. Diese Faktoren haben in der Schweiz während der erfaßten Periode infolge der herrschenden Hochkonjunktur, dem hohen Lebensstandard und den sichtlich schwindenden Vorurteilen gegen die Anstalten eine vermehrte Hospitalisierung psychisch Kranker sicherlich begünstigt. Es ist ohne weiteres anzunehmen, auch die Anstaltseintritte depressiver Erkrankungen seien durch diese Umstände gesteigert worden. Damit ist jedoch noch nicht erklärt, warum die Hospitalisierung depressiver Störungen stärker angestiegen ist als diejenige anderer psychischer Erkrankungen. Auch *Svendsen* ist für die von ihm untersuchten dänischen Verhältnisse der Auffassung, daß die Schwellenfaktoren allein den starken Anstieg depressiver Fälle in der zweiten Kriegshälfte nicht zu begründen vermöchten. *Dubs* weist auf die Möglichkeit einer Stagnation der Anstaltseinweisungen in den ersten 1–2 Kriegsjahren (Absinken der Kurve) mit nachfolgender kompensatorischer Steigerung der Aufnahmeziffern hin; die Stagnation wurde auch von *Svendsen* in Betracht gezogen und mit dem Beginn der deutschen Besetzung Dänemarks in Zusammenhang gebracht. Damit wäre aber wiederum die auch später anhaltend steigende Tendenz, die eine bloße Kompensation weit überschritten hat, nicht erklärt.

Dagegen dürfte ein weiterer Faktor von wesentlicher Bedeutung sein, nämlich die im Jahre 1940 eingeführte Elektrobehandlung depressiver Störungen, wobei es naturgemäß 1–2 Jahre bedurfte, um diese Therapie zum Allgemeingut werden zu lassen. Die Möglichkeit, endogen depressive Erkrankungen aktiv behandeln zu können, mußte zur Anstaltsaufnahme auch solcher Patienten führen, die bei Fehlen ausgesprochener Selbstgefährlichkeit oder besonderer Pflegebedürftigkeit früher nicht interniert worden wären; sie hatte auch eine Zunahme freiwilliger Eintritte zum Zwecke der Behandlung zur Folge. Daß die somatische Behandlung depressiver Erkrankungen die Aufnahmeziffern beeinflußt, läßt sich deutlich aus der Gegenüberstellung zweier Anstalten erkennen, deren eine bis 1952 so gut wie keine Elektroschockbehandlung durchführte, während in der zweiten schon von 1940 an sehr intensiv damit gearbeitet wurde (Abb. 15 und 16). Aus den Kurven, die sich auf sämtliche Depressionen ohne Differenzierung in endogene und reaktive beziehen, geht hervor, daß die Anstalt I, die keine Elektroschockbehandlungen durchführte, in der erfaßten Periode eine nur

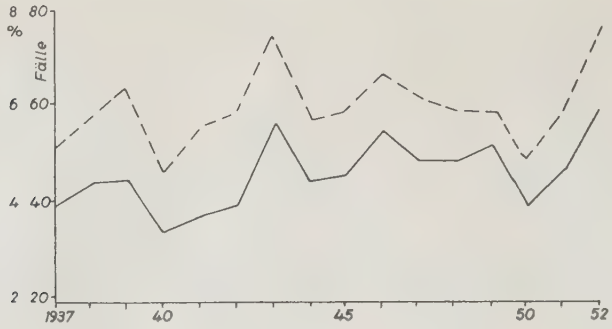

Fig. 15. Anstalt I.

leichte Vermehrung der Aufnahmen an depressiven Erkrankungen aufweist, eine Zunahme, die durchaus noch im Rahmen der Steigerung der Gesamtaufnahmen bleibt. In der Anstalt II steigt die Kurve der Aufnahmen von Depressionen dagegen im Jahre 1940 rasch an und klettert weiter bis 1944, von 1949 an zeigt sie wieder deutlich sinkende Tendenz. Viel ausgeprägter zeigt sich die vermehrte Aufnahme depressiver Erkrankungen in dieser Anstalt beim prozentualen Anteil der Depressionen an den Gesamtaufnahmen. Hier sehen wir, daß die Kurve von 13% Depressionen im Jahre 1939 auf 51% im Jahre 1940 emporschnellt; sie behält mit einigen Schwankungen diese Höhe bei und fällt dann gegen 1950 zu leicht ab.

Auch der Hinweis auf die Rolle der Elektroschockbehandlung vermag das Problem jedoch nicht völlig zu lösen. Die Depressionskurve der Anstalt II deckt sich nämlich keineswegs mit der Depressionskurve sämtlicher Anstalten. Diese letztere weist den rapiden

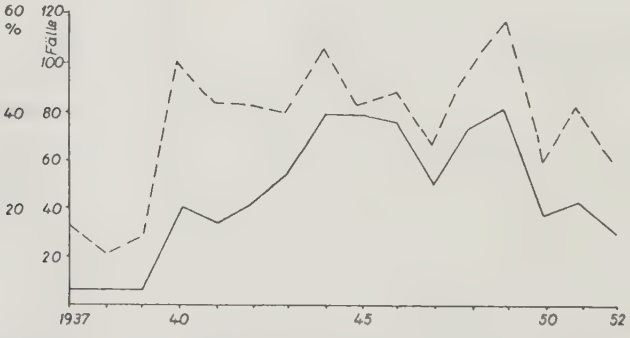

Fig. 16. Anstalt II. ——— Aufnahme von Depressionen; – – – – prozentualer Anteil der Depressionen an den Gesamtaufnahmen.

Anstieg von 1940 nicht auf – im Gegenteil sinkt die Kurve hier zunächst deutlich ab – und an Stelle des flachen und zuletzt sinkenden Verlaufes nach rascher Erreichung des Maximums findet sich bis 1952 eine ansteigende Tendenz, die lediglich in den ersten fünf Nachkriegsjahren durch eine Stagnation unterbrochen wird. Wäre die nach und nach in allen Anstalten eingeführte Elektroschockbehandlung die Hauptursache der Aufnahmevermehrung depressiver Erkrankungen, so wäre zu erwarten gewesen, daß spätestens in der zweiten Hälfte der 40er Jahre, nachdem die Methode sich überall eingebürgert hatte, die Wirkung dieses Faktors sich erschöpft hätte. Im Gefolge der unvermeidlichen Enttäuschungen nach anfänglich übertriebenen Erwartungen auf Wundererfolge des Elektroschocks hätte sich zudem nicht nur, wie bei Anstalt II, eine Abflachung der Kurve, sondern eine rückläufige Bewegung einstellen müssen.

Es zeigt sich somit, daß die verschiedenen «Schwellenfaktoren», ebenso aber auch die neu eingeführte Behandlung nicht genügen, um das von uns sichergestellte Phänomen in befriedigender Weise zu erklären. Die Frage, ob es sich um eine echte Zunahme der Morbidität handelt, bleibt somit weiterhin offen. Nun hat *Svendsen* die Meinung vertreten, nur die Erstaufnahmen an depressiven Erkrankungen seien repräsentativ für die wirkliche Morbidität; verwende man gemischtes Material – wie dies bei unseren Untersuchungen der Fall ist –, so müsse ein paralleler Verlauf der Kurven für Erst- und Wiederaufnahmen gefordert werden. Wir haben versucht, an Hand der im Statistischen Jahrbuch der Schweiz enthaltenen Zahlen über Ersteintritte diesem Einwand Rechnung zu tragen[1]. Es zeigt sich nun, daß der Kurvenverlauf der Ersteintritte im wesentlichen derselbe ist wie derjenige unseres gemischten Materials an depressiven Erkrankungen. Wohl sinken die Erstaufnahmen gegen das Jahr 1950 zu erheblich ab; parallel zu unserer Kurve steigen sie aber nachher wieder an. Auch unsere Abb. 3–8 zeigen, wenn auch zum Teil in schwächerem Ausmaße, einen analogen Verlauf.

Fragt man anderseits nach Möglichkeiten, die abgesehen von den eine Anstaltsaufnahme begünstigenden oder erschwerenden

[1] Im übrigen lassen sich diese Zahlen mit unserem Material nicht vergleichen, da sie die gesamten schweizerischen Anstaltseintritte umfassen, während unsere Untersuchungen sich auf 26 Anstalten beschränken.

Faktoren die Zunahme depressiver Erkrankungen bedingt haben könnten, so ist an die von *Dubs* erwähnte veränderte Ernährungslage während der Kriegszeit zu erinnern. Die Bevölkerung der Schweiz hat im letzten Krieg zwar nicht Hunger gelitten, stand in ihrer Ernährung für Fett und Eiweiß aber doch während längerer Zeit unter dem physiologischen Minimum und mußte sich zum mindesten auf eine an Kohlehydraten reichere Kost umstellen. Man könnte deshalb daran denken, daß dieser Eingriff in den Stoffwechsel auf körperlichem Wege etwas mit einer erhöhten Disposition zu Depressionen zu tun haben könnte. Trotz der seit dem Jahre 1947 wieder normalisierten Ernährung sind jedoch die Anstaltsaufnahmen depressiver Erkrankungen weiter angestiegen, so daß dieser Erklärungsmöglichkeit der Boden entzogen wird. Dagegen ist ein zweites Moment zu beachten: Wir haben oben darauf hingewiesen, die fortlaufende Progredienz der depressiven Aufnahmekurven in der Kriegszeit lasse die ursprüngliche Annahme *Dubs'* über eine direkte Beziehung der Aufnahmevermehrung mit dem Krieg als unwahrscheinlich erscheinen. Es bleibt aber trotzdem die Tatsache bestehen, daß der rapide Anstieg der Kurve mit dem Krieg zusammenfällt, wenn auch erst nach einer wohl durch Schwellenfaktoren bedingten Latenzzeit; es muß weiterhin auffallen, daß mit dem Einsetzen des Koreakrieges im Jahre 1950 ein erneuter Anstieg erfolgte. In beiden Fällen handelt es sich um Ereignisse, die auch in der Schweiz zu schwerster Beunruhigung, zum Gefühl der Unsicherheit und der Angst in weiten Kreisen der Bevölkerung führten. Es kann deshalb nicht von der Hand gewiesen werden, daß Zeiten stärkerer seelischer und wirtschaftlicher Belastung wenigstens eine auslösende Rolle für einen Anstieg der Depressionskurve bilden; damit würde übereinstimmen, daß in der ersten Nachkriegszeit, die zwar immer noch turbulent, aber doch bedeutend ruhiger war, die Kurve flach verlief. Da nun, wie gezeigt wurde, die Zunahme der Anstaltsaufnahmen depressiver Erkrankungen sicher nicht allein durch reaktive Formen bedingt sein kann, indem die endogenen Depressionen sie mitmachen, ja beim zweiten Anstieg 1950-1952 sogar überwiegen, während auffälligerweise gerade in der Zwischenzeit die reaktiven Formen stärker ansteigen, so kann nicht ausgeschlossen werden, daß entgegen der bisherigen Auffassung innerpsychische Belastungssituation doch auch bei Erkrankungen, die dem manisch-depressiven Formenkreis zuzurechnen sind, einen recht wesentlichen Einfluß haben.

Neben dem Hauptproblem der Zunahme endogener und reaktiver Depressionen in der von uns erfaßten Periode konnten unsere Untersuchungen unter mathematischer Überprüfung noch einige andere Befunde erheben. Die Verteilung der Depressionen im gesamten sowie der endogenen Depressionen im besonderen auf die Geschlechter steht in unserem Material mit ungefähr 70% Frauen zu 30% Männern im Einklang mit der Mehrzahl der früheren Erhebungen. Bei den reaktiven Depressionen findet sich dagegen auffallenderweise eine Verminderung der prozentualen Häufigkeit bei den Frauen während des Krieges; andererseits übersteigt die Prozentzahl für Frauen in den Nachkriegsjahren diejenige der Vorkriegsjahre. Auch unsere Feststellungen über die jahreszeitliche Periodizität depressiver Phasen decken sich im wesentlichen mit den bisherigen Erkenntnissen. Immerhin ist es sehr auffällig, daß sich die bekannten Häufigkeitszuordnungen für die verschiedenen Jahresabschnitte trotz der Größe unseres Materials nicht als signifikant erweisen. Eine gute Übereinstimmung zeigt dann die jahreszeitliche Selbstmordperiodizität mit der Periodizität der Depressionen im gesamten und den endogenen Depressionen allein. Weshalb allerdings depressive Erkrankungsphasen im Frühsommer die größte Häufigkeit erreichen, bleibt weiterhin ungeklärt. *Soetbeer* will die hohe Zahl von Aufnahmen an psychischen Erkrankungen überhaupt darauf zurückführen, daß man sich in ländlichen Bezirken zu dieser Zeit nicht mit psychisch Kranken beschäftigen könne und sie deshalb eher einweise. Für die Depressionen zum mindesten muß diese Deutung abgelehnt werden, und zwar speziell auf Grund der analogen Häufung von Selbstmorden im gleichen Zeitabschnitt; Suicide werden sicher nicht durch die von *Soetbeer* angeführten Umstände beeinflußt. – Schließlich sei nochmals darauf hingewiesen, daß die von uns als reaktiv ausgezählten Depressionen die jahreszeitlichen Schwankungen der endogenen Depressionen nicht mitmachen.

Ein besonders klarer Einblick ergab sich aus unserem Material schließlich für den Altersaufbau depressiver Erkrankungen. *Kinkelin* veröffentlichte kürzlich eine Untersuchung, die sich auf die Erstaufnahmen allein bezog, der aber nur ein recht kleines Material zugrunde liegt; es fand sich dort ein Maximum in der Erkrankungshäufigkeit zwischen dem 31. und dem 40. Lebensjahr. Unsere Untersuchungen an einem aus Erst- und Mehraufnahmen gemischten Material zeigten einen deutlichen Unterschied zwischen reaktiven und endogenen Depressionen. Die Alterskurve für reaktive Depres-

sionen beginnt schon beim 11.–15. Lebensjahr, um dann rasch anzusteigen und ihr Maximum um das 40. Lebensjahr zu erreichen; die endogenen Depressionen bleiben demgegenüber im allgemeinen etwa 10–15 Jahre zurück; ihr Erkrankungsmaximum liegt beim 56. Jahr.

Zusammenfassung

Aus dem Material von 26 schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten wurde die Häufigkeit der depressiven Erkrankungen in den Jahren 1937 bis 1952 untersucht. Es zeigt sich, daß die Anstaltsaufnahmen allgemein und die Depressionen im besonderen seit den ersten Kriegsjahren zunehmen, wobei die Zunahme der Depressionen über das Maß der allgemeinen Anstaltseintritte hinausgeht. Dabei handelt es sich bei dieser Zunahme nicht nur um die reaktiven, sondern gerade besonders deutlich auch um die endogenen Depressionen. Am gleichen Material wurden jahreszeitliche Periodizität, Altersaufbau und prozentuale Verteilung der Depressionen auf beide Geschlechter untersucht. Es wird diskutiert, ob es sich um eine echte Morbiditätssteigerung handelt, oder ob andere Faktoren für das Phänomen verantwortlich sind.

Résumé

La fréquence des affections dépressives dans les années 1937 à 1952 est examinée à l'aide du matériel provenant de 26 hôpitaux psychiatriques suisses. On constate que les admissions en général et plus particulièrement les dépressions ont augmenté depuis les premières années de guerre, l'augmentation des dépressions excédant proportionnellement celle des entrées en général. Cette augmentation n'est pas seulement le fait de dépressions réactionnelles, mais précisément, et de façon particulièrement évidente, de dépressions endogènes. Sur le même matériel des recherches sont faites en ce qui concerne la périodicité annuelle, le facteur de l'âge, et la distribution proportionnelle des dépressions pour les deux sexes. Discussion sur les causes de ce phénomène, à savoir s'il doit être attribué à une élévation réelle de la morbidité ou si d'autres facteurs entrent en ligne de compte.

Summary

The frequency of depressive illnesses in the years from 1937 to 1952 has been investigated in the clinical material of 26 Swiss

hospitals. It is shown that hospital admissions in general, and depressions in particular have increased since the first years of the war, the increase in the depressions being disproportionate to the general increase. The increase is shown not only in the reactive depressions, but also quite particularly clearly in the endogenous depressions. In the same material seasonal periodicity, age- and sex-distribution have been investigated. The point is discussed, whether there is an actual increase in morbidity, or whether other factors are responsible for the phenomenon.

LITERATUR

v. Baeyer, W.: Nervenarzt *19*, 402, 1948. – *Bonhoeffer, K.:* Z. ärztl. Fortbildung *28*, 138, 1931. – *Brugger, C.:* Z. ges. Neurol. Psychiat. *133*, 352, 1931. – *Dubs, P.:* Arch. Psychiat. Nervenkr. *189*, 421, 1952. – *Gruhle, H. W.:* Selbstmord. Thieme, Leipzig 1940. – *Henderson, D.:* A Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 1951. Zit. von *Kinkelin*, s.d. – *Hößlin, C. von:* Allg. Z. Psychiat. *92*, 393, 1930. – *Hudovernig, K.:* Arch. Psychiat. Nervenkr. *77*, 419, 1926. – *Janz, H. W.:* Fortschr. Neurol. Psychiat. *17*, 264, 1949. – *Kehrer, F.:* in *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin 1928, Bd. I, 318 ff. – *Kinkelin, M.:* Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. *73*, 100, 1954. – *Kluth, W.:* Psychiat.-neurol. Wschr. *XXII*, 23, 1920/21. – *Kollibay-Uter, H.:* Z. ges. Neurol. Psychiat. *65*, 351, 1921. – *Kraepelin, E.:* Zit. nach *Lange: Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin 1928, Bd. VI, 25. – *Lange, J.:* Allgemeine Psychiatrie, Leipzig 1927, 185 ff.; *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin 1928, Bd. VI, 24 ff. – *Leuthold, G. H.:* Arch. Psychiat. Nervenkr. *111*, 55, 1941. – *Lindberg, B. J.:* Sv. Läkartidn. *129*, 1941 (Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. *102*, 173, 1942). – *Lundquist, G.:* Acta psychiat., Kbh. Suppl. *30*, 5, 1945, zit. von *Kinkelin*, s.d. – *Mayer-Groß, W.: Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin 1928, Bd. IX, 112 ff. – *Noyes, A. P.:* Modern Clinical Psychiat. 3rd ed. Saunders Co., Philadelphia 1951, zit. von *Kinkelin*, s. d. – *Ødegard, Ø.:* Acta Psychiat., Kbh. *29*, Fasc. 4, 1954. – *Pfister, H.O.:* Z. ges. Neurol. Psychiat. *142*, 223, 1932. – *Schmidt, G.:* Fortschr. Neurol. Psychiat. *22*, 125, 1954. – *Skliar, N.:* Arch. Psychiat. Nervenkr. *65*, 597, 1922. – *Slater, E.:* Z. ges. Neurol. Psychiat. *162*, 794, 1938. – *Soetbeer, M.:* Allg. Z. Psychiat. *95*, 257, 1931. – *Svendsen, B. B.:* Psychiatric Morbidity among Civilians in Wartime. Aarhus und Kopenhagen 1952. – *Wilmans, K.:* Münch. med. Wschr. *67*, 175, 1920/I. – *Zwinggi:* Mitt. der Vereinig. schweiz. Vers.mathem. Bd. 44, p. 71 ff.

Adresse des Autors: Dr. A. Stucki,
Burdiweg 6, *Spiegel bei Bern* (Schweiz).